

**SY180H 000 BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE
KULL 2008H**

**IVARETAKELSE AV PÅØRENDES BEHOV VED AVSLUTNING AV
LIVSFORLENGENDE BEHANDLING**

Innleveringsdato: 29.04.2010

Kandidatnummer: 18 og 28

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for oppgaven og valg av tema	s. 4
1.2 Presentasjon av problemstillingen og begrunning	s. 4
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen	s. 5
1.4 Formål og presentasjon av oppgaven	s. 5
1.5 Oppgavens disposisjon og oppbygning	s. 6

2.0 METODE

2.1 Vitenskapelig metode	s. 7
2.2 Kvalitativt intervju	s. 8
2.3 Litteraturstudie som del av kvalitativ metode	s. 8
2.4 Kildekritikk	s. 9
2.4.1 Vitenskapelige artikler	s. 9
2.4.2 Litteratur	s. 9
2.4.3 Intervju	s. 9
2.4.4 Offentlige dokumenter og lovverk	s. 9
2.5 Metodekritikk	s. 10

TEORIDEL

3.0 SYKEPLEIE

3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori	s. 11
3.2 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	s. 12

4.0 ETIKK

4.1 Yrkesetiske retningslinjer	s. 14
--------------------------------	-------

4.2 Ethiske overveielser	s. 14
4.3 Kliniske etikk-komiteer	s. 15
5.0 JURIDISKE ASPEKTER	s. 16
5.1 Helsepersonelloven	s. 16
5.2 Pasientrettighetsloven	s. 16
6.0 ANDRE SENTRALE BEGREPER	s. 18
6.1 Behov	s. 18
6.2 Akutt kritisk syk	s. 19
6.3 Livsforlengende behandling	s. 19
DRØFTINGSDEL	
7.0 HENDELSE FRA PRAKSIS	s. 21
8.0 Å VÆRE PÅRØRENDE TIL AKUTT KRITISK SYKE	s. 23
9.0 PÅRØRENDES BEHOV	s. 24
9.1 Hvordan kan vi som sykepleier møte pårørendes behov for å bli beroliget?	s. 24
9.1.1 Behov for trygghet	s. 24
9.1.2 Behov for håp	s. 26
9.2 Hvordan møtes pårørendes behov for å være nær pasienten?	s. 27
9.3 Hvordan imøtekommer sykepleier pårørendes behov for informasjon?	s. 28
9.4 Pårørende, en ressurs eller belastning?	s. 31
9.5 Pårørende som målgruppe for sykepleieren	s. 32
10.0 AVSLUTNING	s. 34
LITTERATURLISTE	s. 35

VEDLEGG:

Vedlegg 1: Tillatelse til innhentning av data

Vedlegg 2. Intervjuguide

Vedlegg 3. Intervju med intensivsykepleier

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for oppgaven og valg av tema

Vi er to sykepleiestudenter som er på siste semester i vår Bachelor i sykepleie. Vi har valgt å skrive bacheloroppgaven vår ut i fra en hendelse fra medisinsk praksis ved et større sykehus som gjorde sterkt inntrykk på oss. Den handler om en pasient som ble akutt kritisk syk, hvor den livsforlengende behandlingen ble avsluttet. Ut i fra det vi opplevde, ønsker vi å skrive om pårørendes behov, og om hvordan vi som sykepleiere best kan ivareta og vise omsorg til dem når pasienten er akutt kritisk syk og døende. Vi tenker at det kan være en utfordring å møte pårørendes behov samtidig som en skal yte best mulig pleie til pasienten, derfor ønsker vi å undersøke hvordan pårørende blir ivaretatt.

1.2 Presentasjon av problemstilling med begrunning

Et av målene i emnebeskrivelsene til SY180H 000 bacheloroppgave i sykepleie (UIN 2008) er å fordype seg i sider ved sykepleien som vi har spesiell interesse for. Vi mener at vår problemstilling kan bidra til å styrke sykepleiefaget og sykepleiepraksisen, da en alltid vil møte pårørende som trenger informasjon, støtte og omsorg.

Som sykepleiere er det viktig at vi *”ivaretar pasientens og pårørendes behov for informasjon, undervisning og veiledning.”* samtidig som vi *”viser forståelse for pasienten og de pårørendes opplevelser relatert til sykdom, pleie og behandling.”* (UIN 2008)

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier i somatisk avdeling på sykehus ivareta pårørendes behov for informasjon og nærhet til pasienten ved avslutning av livsforlengende behandling?”

Bakgrunnen for valget av problemstillingen er de erfaringene vi har gjort oss i praksis. Vi har både gode og mindre gode erfaringer i forhold til ivaretagelse av pårørendes behov. Vi ser på sykepleie som noe som ikke kun omhandler pasienten, men også hans familie og venner.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Vi har valgt å avgrense oppgaven til en somatisk avdeling på sykehus, da hendelsen og møte med pasient og pårørende er opplevd herfra. Det avsluttes behandling på mennesker både i sykehjem og ute i hjemmet, men vi ønsker å forholde oss til pasienten som dør på sykehus. I oppgaven tar vi for oss en tidligere frisk voksen kvinne som rammes av akutt kritisk sykdom. Vi skal ikke skrive om kronisk syke pasienter med akutte forverringer, da vi heller vil fokusere på pårørendes behov i en akutt uventet hendelse. Det ligger mye i begrepet behov, men vi ønsker å avgrense det til pårørendes behov for å være sammen med pasienten, deres behov for å bli beroliget og få god informasjon om pasientens tilstand og behandling.

Når vi skriver om pårørende tar vi utgangspunkt i voksne som pårørende. Vi føler dette blir en naturlig avgrensning som følge av det vi har erfart i praksis. Vi mener at å imøtekomme barns behov som pårørende er også en viktig del av sykepleierens funksjon, men for oss blir dette et for stort tema da vi er begrenset til et visst antall ord og tid til utforming av oppgaven.

1.4 Formål og presentasjon av oppgaven

Tall fra Norsk Intensivregister viser at 67 % av alle pasientene som døde på intensivavdeling ved et av sykehusene i Norge i 2010 døde etter at livsforlengende behandling ble avsluttet, mens resterende 32 % døde spontant (Dybwik 2011). Det betyr at sykepleiere på intensivavdeling møter mange alvorlig kritisk syke mennesker og deres pårørende. De blir ofte stilt overfor de utfordringene som følger ved alvorlig sykdom, og møter døden jevnlig. Utfordringene vil være mange, derav de pårørende til den syke. For oss er det interessant å undersøke hvordan sykepleiere kan møte pårørende på en god og omsorgsfull måte. Vi vil se på om det ligger noen retningslinjer bak deres handlinger, eller om de handler ut ifra egen erfaring og intuisjon.

Hensikten med denne oppgaven er å forsøke å gi oss som framtidige sykepleiere en større innsikt i problemområdet. Hendelsen fra praksis har gjort at vi ønsker å fordype oss i dette temaet og teorien bak, for å gi oss mer kunnskap som vi kan ta med videre inn i yrket og samarbeidet med pårørende. Problemstillingen reiser flere spørsmål, ikke bare hvordan en kan ivareta pårørende, men også etiske og juridiske spørsmål i forhold til pasienten og pårørende.

1.5 Oppgavens disposisjon og oppbygning

I kapittel 2 vil metoden vi bruker i oppgaven bli presentert. Her vil vi ta for oss de ulike metodene vi har brukt, både det kvalitative intervjuet og litteraturstudiet. Her vil vi også se på kilde – og metodekritikk. Videre legger vi frem teoridelen, hvor to sykepleieteorier som er aktuelle for problemstillingen blir presentert. Etske og juridiske aspekter, samt sentrale begreper blir også klargjort i teoridelen. Drøftingen kommer til slutt, hvor vi ser på pårørendes ulike behov, og drøfter dem opp mot teori, intervju og egne erfaringer. I kapittel 10 kommer avslutningen på oppgaven. Oppgavens omfang er: 9522 ord.

2.0 METODE

Metode er en framgangsmåte for å finne løsninger på et problem, og bringe frem ny kunnskap. Vi bruker metoden som et verktøy når vi skal undersøke. En bruker den metoden som best vil belyse det en vil fremheve i oppgaven (Dalland 2007 Kap 5).

2.1 Vitenskapelig metode

Forklarende, naturvitenskapelig kunnskap er helt nødvendig for å kunne forstå pasientens sykdomsbilde og kunne behandle menneskets kropp. Som sykepleier er det avgjørende at vi har denne kunnskapen for å kunne gi rett behandling. Målet med vitenskapen er å skape god praksis. Dette bygger på lang erfaring, basert på god forskning hvor innsamlingen av data er gjort på en anerkjent måte, og forskningens utvikling er beskrevet på en slik måte at andre kan forstå og gjenta den (Dalland 2007 Kap 3).

Mennesket har ikke bare en fysisk kropp, vi har også tanker og følelser. I vårt møte som sykepleiere med pårørendes behov handler vi ut ifra en annen type kunnskap enn det naturvitenskapen representerer. Det handler mer om vår personlige erfaring på området, både i møte med andre pårørende, men kanskje også som pårørende selv. Hvordan vi velger å møte pårørende vil ofte være en kombinasjon av dette, samt kollegers erfaringer, og kunnskap fra utdanning og veiledning. Den forstående kunnskap tar utgangspunkt i hermeneutikken, som har et humanistisk syn (Dalland 2007 Kap 3).

Hermeneutikk handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. Derfor er denne tilnærmingen så viktig for alle som forbereder seg til å arbeide med mennesker (Dalland 2007: 54)

Vi har valgt å legge vekt på forstående kunnskap når vi skriver om ivaretagelse av pårørendes behov. Dermed blir det naturlig for oss å bruke en kvalitativ metode for å belyse de utfordringene sykepleiere kan møte i den aktuelle situasjonen. En kvalitativ metode kan gi oss en forståelse av et fenomen som ikke lar seg måle eller tallfeste, i motsetning til en kvantitativ metode hvor en ønsker å forme data om til målbare enheter. Ved bruk av en kvalitativ metode går en mer i dybden av fenomenet for å få frem det særegne. Det handler om å få frem helheten, og formidle forståelse både av det samfunnet vi lever i, og hvordan mennesker handler og samhandler med hverandre. Datasamling ved en kvalitativ metode skjer i direkte kontakt med feltet. Det tar sikte på å få frem helheten og formidle forståelse (Dalland 2007

Kap 5). Vi vil bruke flere ulike kilder til å besvare problemstillingen vår. Derav et intervju, ulik litteratur – både pensum og annet som er aktuelt for tema. I tillegg vil vi bruke våre egne erfaringer og kunnskaper som vi har tilegnet oss gjennom utdanningen og praksis.

2.2 Kvalitativt intervju

Vi skal foreta et kvalitativt intervju med en intensivsykepleier ved en intensivavdeling for å belyse problemstillingen fra flere sider. Årsaken til vårt valg av informasjonskilde er at vi ønsker å innhente informasjon som er av relevans for problemstillingen. En intensivsykepleier på en intensiv – og/eller overvåkningsavdeling vil ha større kunnskap og erfaring om tema, enn ved andre sykehusavdelinger, fordi avslutning av livsforlengende behandling er av større hyppighet på en intensivavdeling (Stubberud 2005 Kap 1).

Når man skal foreta et kvalitativt intervju, er det nødvendig å stille utfyllende spørsmål, slik at informanten kan gi oss en best mulig dekkende beskrivelse av temaet. Det innebærer at vi må få tak i informantens egen beskrivelse av hvordan hun opplever at de kan ivareta pårørende. Vi ønsker å forstå hvilke erfaringer sykepleieren har, og om hun har opplevd lignende situasjoner hvor ivaretagelse av pårørendes behov kan bli en utfordring med tanke på pasientens situasjon. Hensikten med intervjuet er ikke å få frem generelle meninger, men å skaffe oss beskrivelser av spesifikke situasjoner og hendelser, som vi kan sette i sammenheng med problemstillingen vår (Dalland 2007 Kap 7). Vi mener at det å intervjuer fagfolk i helsesektoren kan gi oss noen flere synspunkt på temaet vi har valgt. Sykepleiere er primærkilder på sine områder i avdelingen, og kan kanskje hjelpe oss til å se problemer, utfordringer og mulige løsninger til temaet vårt.

2.3 Litteraturstudie som del av kvalitativ metode

Bruk av litteratur legger et viktig grunnlag for bacheloroppgaven vår. Det teoretiske grunnlaget for hovedoppgaven vil være basert på litteratur, både fra pensum og andre kilder. Årsaken til at vi ønsker å bruke litteratur er fordi arbeidet med pårørende er et dokumentert og aktuelt felt. Samtidig ønsker vi å trekke litteraturen sammen med erfaringer, både våre egne og en intensivsykepleiers erfaringer fra praksis i drøftingen. Vi mener dette kan være med på

å belyse problemstillingen på en god måte, og vi som sykepleiere kan lære mer om hvordan vi kan gå frem i møte med pårørende.

2.4 Kildekritikk

2.4.1 Vitenskapelige artikler

Vi har brukt vitenskapelige artikler som omhandler temaet vårt. Da vi søkte med ordene ”behov”, ”pårørende”, ”avsluttende behandling”, fant vi for det meste artikler rettet mot intensivsykepleie og psykisk helse. Vi har sett på forfatter, når tid den ble publisert og i hvilke media. Alle artiklene vi presenterer er hentet fra ulike forfattere i fagtidsskrifter, og vi anser disse kildene som pålitelig og relevant for vårt fagfelt.

2.4.2 Litteratur

Vi har brukt en del pensumlitteratur hvor det er mye relevant stoff for bacheloroppgaven vår. Pensumlitteraturen gir oss et godt utgangspunkt i hvordan vi som sykepleiere kan møte pårørende, samtidig som vi ser at den på enkelte områder er begrenset i forhold til de ulike behovene som pårørende kan ha. Vi mener at samarbeidet med pårørende er et tema som blir mer og mer aktuelt, og pensumstoffet er noe utdatert på området. Derfor ble det naturlig å søke kilder utenfor pensum også. Vi føler at litteraturen vi fant har gitt oss et godt grunnlag for å kunne besvare problemstillingen.

2.4.3 Intervju

Temaet vårt bygger mye på den subjektive erfaringen ved å ivareta pårørende. Ved å intervjué én person vil vi ikke få fram en allmenn framgangsmetode for hvordan vi skal imøtekomme pårørendes behov. Likevel ønsker vi å bruke de resultatene vi fikk i intervjuet til å forsterke den forskningen og litteraturen vi har brukt, samtidig som den kan fremheve eventuelle motsetninger med tanke på teori og praksis. Vi erfarte at de resultatene vi fikk i intervjuet bekreftet mye av teorien som foreligger, samtidig kom det fram meninger vi stilte oss kritisk til.

2.4.4 Offentlige dokumenter og lovverk

Vi har brukt offentlige dokumenter og lover som data til oppgaven, for å fremheve at det finnes retningslinjer for hvordan en skal ivareta pårørende, og at de har rettigheter som er

fastsatt i lovverk. Disse har vi hentet fra regjeringens hjemmeside og fra www.lovdata.no. Vi anser disse offentlige organene som sikre kilder.

2.5 Metodekritikk

Når vi har brukt litteraturstudie som metode har vi gjengitt det som allerede finns på området. Dette kan være en svakhet da det stiller høyere krav til oss i utformingen av bacheloroppgaven, fordi vi må være nytenkende og vise selvstendighet samtidig som vi gjengir det er relevant for problemstillingen. Vår oppgave ble da å analysere litteraturen og gjøre oss opp egne meninger rundt temaet. Vi følte at ved å ta i bruk intervju som en kvalitativ metode sammen med litteraturen, dannet vi oss et bredere bilde av temaet, og et større grunnlag for å drøfte problemstillingen. Vi mener at valget av metode har vært både positivt og negativ. Særlig i forhold til intervjuet, med tanke på å bruke det på en god måte.

TEORIDEL

3.0 SYKEPLEIE

3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Vi ønsker å bruke Joyce Travelbees definisjon på sykepleie for å belyse problemstillingen, da vi finner den støttende til vårt syn på utøvelse av sykepleie. Travelbee definerer sykepleie som:

En mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 2001: 29).

Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor det å hjelpe andre direkte eller indirekte står sentralt i utøvelsen av yrket. Det er sykepleierens rolle å gi hjelp ut i fra de behovene et individ har, uten at den som mottar skal måtte be om å få den. Som sykepleier må en forsøke å danne et menneske-til-menneske-forhold til pasienten og hans pårørende. I et slikt forhold møter sykepleieren den syke og de pårørende som likeverdige. Hensikten med menneske-til-menneske-forhold er å ivareta individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov (Travelbee 2001 Kap 1).

Håp er en mental tilstand karakterisert med ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige (Travelbee 2001: 117).

Å mestre erfaringer med sykdom og lidelse er noe den syke og de pårørende kan trenge hjelp til, dermed blir det et sykepleiebehov. Håp er forbundet med hjelp. Når noen vi er glad i er syk, er vi avhengig av andre for at den vi har kjær skal bli frisk eller overleve. Travelbee knytter håp nært opp mot tillit til den som utøver hjelpen den syke trenger. Det er sykepleierens oppgave å hjelpe den trengende og de pårørende til å bevare håpet. Har de mistet håpet, er det sykepleierens oppgave å hjelpe dem med å gjenvinne håpet. Sykepleieren kan ikke gi håp, men kan legge til rette for at de som har behovet skal kunne finne håp. Håp kan innebære mye, for eksempel håp om at den som er syk skal bli frisk eller overleve. Selv om det i noen situasjoner kan bli et ”magisk håp”, hvor det en håper ikke samsvarer med realiteten. Det en håper på kan være urealistisk, men håpet i seg selv kan være virkningsfullt

da det kan gi økt motivasjon til å mestre en vanskelig situasjon og orientere seg mot framtiden (Travelbee 2001 Kap 7).

For å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold vil kommunikasjon være en del av prosessen. Kommunikasjon er gjensidig og krever en avsender og en mottaker. For at pasienten og hans familie skal få den hjelpen de trenger, må sykepleieren kommunisere med dem for å få kartlagt behovene. Interessemangel for den som er syk eller de pårørende vil vises, uansett hva sykepleieren sier. I en kommunikasjonsprosess vil den non-verbale kommunikasjonen prege situasjonen mer enn den verbale, og være mer avgjørende. Den non-verbale kommunikasjonen er å uttrykke seg uten ord, med for eksempel lyd, kroppsspråk og holdning. Den profesjonelle sykepleieren må være bevisst både sin non-verbale kommunikasjon, men også sitt språk. Kommunikasjon skal kunne føre til forandring til fordel for den syke og dens familie (Travelbee 2001 Kap 9).

3.2 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Vi føler også behov for å trekke inn Kari Martinsens omsorgsfilosofi, for å vise hvordan en kan skape en god relasjon og tillitsforhold til pårørende. Omsorg handler om hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi inngår relasjoner i dagliglivet og viser omtanke. Martinsen mener at vi som mennesker er til for andres skyld, for vår egen skyld. Med dette mener hun at omsorg er en sosial relasjon hvor vi er avhengig av hverandre. Det å ha omsorg for hverandre kan gi mening i hverdagen (Martinsen 2003 Kap 2). Martinsen sier tillit er en verdi som står sentralt for å kunne yte god omsorg. Tillit handler om å åpne seg opp for andre og vise sider av selv som en kanskje er redd for at andre skal kjenne til. For å skape tillit og gi god omsorg må en som sykepleier vise engasjement og innlevelse. Martinsen mener at mennesker som oftest møter hverandre med tillit, fordi vi ønsker å tro at andre er ærlige. Mistillit oppstår først når en har opplevd at andre lyver eller ikke holder det de lover. Samtidig som en part må våge å utlevere seg selv for å bli imøtekommet, kreves det også av den andre parten at den må kunne engasjere seg i relasjonen for å bygge et tillitsforhold. Det vil si at sykepleieren også burde utlevere seg i den form at han eller hun kan vise en følelsesmessig involvering for å kunne ta del i den andres situasjon (Martinsen 1990).

Omsorgen vi yter kan bli sentimental eller paternalistisk. Hvis omsorgen blir sentimental vil situasjonen være preget av mine følelser, noe som kan begrense den pleien og omsorgen jeg

skal gi. I omsorg preget av en paternalistisk tankegang vil sykepleierens rolle bære preg av bedrevitenhet, hvor den omsorgstrengendes meninger mister verdi. Når man bygger en relasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende kan det oppstå en ubalanse i maktforholdet. Pasienten og dens pårørende kommer til oss for å få den hjelpen de trenger. Vi som sykepleiere har fagkunnskap og kompetanse til å pleie og behandle pasienten. Det blir vår oppgave å møte dem med respekt, og skape en relasjon bygd på gjensidighet og forståelse (Martinsen 1990).

4.0 ETIKK

Som sykepleier er det vår plikt å vise barmhjertighet, omsorg og respekt for mennesker som har en sykdom eller lidelse. Vi har et profesjonelt ansvar for mennesker i ulike livsfaser, hvor vår plikt i jobben er å fremme helse, lindre lidelse og forebygge sykdom. På bakgrunn av dette har Norsk Sykepleierforbund utformet yrkesetiske retningslinjer som er basert på FNs menneskerettighetserklæring hvor retten til liv, verdighet og respekt står sentralt (Sneltvedt 2008 Kap 6).

4.1 Yrkesetiske retningslinjer

Oppgaven vår omhandler pårørendes behov, derfor ser vi det som naturlig å konsentrere oss om de yrkesetiske retningslinjer i forhold til sykepleieren og pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2007 s: 8):

2. Sykepleieren og pårørende

Sykepleieren viser respekt og omsorg for pårørende

2.1 Sykepleieren sørger for at pårørendes rettigheter blir ivaretatt.

2.2 Sykepleieren samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet.

2.3 Dersom det oppstår interessekonflikter mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres.

Retningslinjene har en trygghetsfunksjon til yrket, fordi det kan oppstå situasjoner der vi som sykepleiere er usikre på hva vi skal forholde oss til. Noen ganger står ikke pårørendes ønsker i samsvar med pasientens behov. I slike tilfeller er det greit å vite at det er pasienten vi skal ta hensyn til, og det er hans eller hennes behov som skal vektlegges (Sneltvedt 2008 Kap 6).

4.2 Etiske overveielser

I en situasjon hvor det vurderes å avslutte livsforlengende behandling, er det flere etiske overveielser som må foretas før en beslutning kan tas. Det kan skilles mellom etiske dilemma, etiske problemer og etisk vanskelige situasjoner. Det er opp til sykepleierne og behandlingsteamet å gjenkjenne den vanskelige situasjonen og om mulig løse den på en god måte. Avslutning av livsforlengende behandling kan ses på som et etisk problem, fordi det

kjennetegnes av en verdikonflikt. Det råder ofte usikkerhet i forhold til hvilken kunnskap som er nødvendig for å kunne foreta en beslutning. Etske problemer vekker forvirring og løsningen har betydning for mennesket og dets relasjoner (Slettebø 2008: 43).

4.3 Kliniske etikk-komiteer

I vanskelige situasjoner hvor det må tas etiske avgjørelser, kan kliniske etikk-komiteer (KEK) bidra til å identifisere og om mulig finne en løsning til problemet. De skal støtte sykehusansatte i vanskelige situasjoner, og alle saker som meldes skal behandles. I alle helseforetak skal det være opprettet en KEK som skal være tverrfaglig sammensatt av ulike yrkesgrupper innenfor helse, for å kunne belyse et etisk problem fra flere sider. Ulike yrkesgrupper som er presentert i komiteen er leger, sykepleiere, sykehusprest, jurister og annet helsepersonell (Brinchmann 2008 Kap 11).

5.0 JURIDISKE ASPEKTER

I de siste årene har sykepleierens rolle utviklet seg til også å delta i medisinsk behandling, mens den fra tidligere av kun omhandlet pleie og omsorg for pasientene. Den hjelpen vi som sykepleiere skal gi er i økende grad regulert av lovgivning. Vi har et selvstendig ansvar for utøvelsen av sykepleie i helsetjenesten, og sykepleiefunksjonen skal bidra til god pleie og behandling, samt fremme velvære hos pasienten gjennom ulike tiltak (Molven 2006 Kap 1).

5.1 Helsepersonelloven

I helsepersonelloven (1999) kapittel 1 står det at den gjelder for alle grupper av helsepersonell som kan få autorisasjon, derav sykepleiere. Den gjelder også for ufaglærte og studenter, og er uavhengig av om helsehjelpen gis offentlig eller privat. Loven er utviklet for å bidra til sikkerhet og kvalitet i den behandlingen pasientene får, og for å skape tillit til helsepersonell og helsetjenesten. Det står i Hpl (1999) § 4 at all helsehjelp må være forsvarlig. Det betyr å yte god pleie og omsorg til pasienten, i samsvar med det som er faglig forsvarlig ut fra våre kvalifikasjoner og situasjonen vi står i.

5.2 Pasientrettighetsloven

Loven skal bidra til at alle som bor i Norge skal få lik tilgang til helsehjelp, og sikre dem like rettigheter på kvalitetsmessig god behandling. Den skal sikre at pasientens liv, integritet og menneskeverd blir møtt og respektert. Pasientrettighetsloven inkluderer også pasientens pårørende. Pårørende er de eller den personen som pasienten utnevner selv til å være sin nærmeste pårørende, eventuelt de eller den pasienten ville ha utnevnt hadde hun hatt mulighet til det. Hvis pasienten ikke er i stand til å utnevne pårørende skal disse bli valgt ut fra følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, samboer, myndige barn, foreldre, myndige søsken, besteforeldre eller andre som står pasienten nær (HOD 1999).

I kapittel 4 av Prl (1999) kommer det frem at helsehjelp kun kan gis hvis pasienten samtykker til behandlingen. Derimot er ikke alle pasienter i stand til å samtykke, for eksempel døende pasienter som ikke er i stand til å formidle sitt ønske. I slike tilfeller blir pårørende pasientens

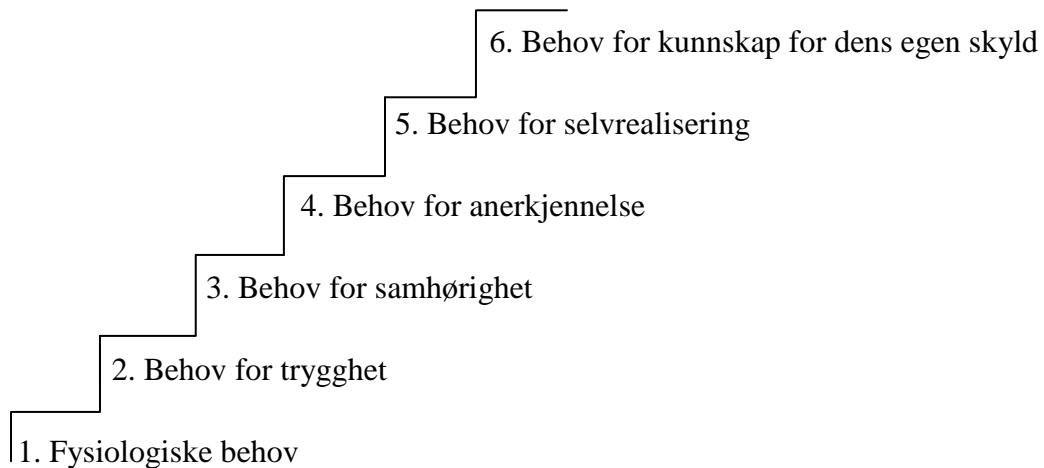
talsmann. Helsepersonell skal ikke fortsette livsforlengende behandling, så fremt pasientens pårørende har tilsvarende ønske.

I kapittel 3 om rett til medvirkning og informasjon i Prl (1999) står det klart at pasienten har krav på informasjon om sin helsetilstand og den behandlingen pasienten får. Videre står det at dersom pasienten samtykker eller forholdene tilsier det, har pårørende rett til å få informasjon.

6.0 ANDRE SENTRALE BEGREPER

6.1 Behov

Som menneske har vi flere behov som må oppfylles for at vi skal kunne føle oss helhetlig. Abraham Maslow observerte menneskets behov, og brukte resultatene han fant til å lage en behovstrapp. For å kunne nå de høyere behovene, er det visse fysiske behov som først må dekkes. Når vi skal skrive om pårørendes behov ønsker vi å avgrense oss til trinn 1, 2 og 3 i Maslows behovstrapp, da vi føler at de dekker de gjeldende behovene. Fröjelin, Åhslund og Brunsvik beskriver i boken ”*Se mennesket: Psykologi*” (1990: 107) Maslows behovstrapp:



Ofte skilles det mellom primære og sekundære behov. Primære behov er likt for alle mennesker for vår overlevelse. Vi trenger; oksygen, væske, mat og søvn. Dette er behov som er nødvendig å tilfredsstille før en kan gå videre i behovstrappen. Når disse basale behovene er blitt oppfylt i tilstrekkelig grad, vil andre behov gi seg mer til kjenne. Trinn to i trappen er behovet for trygghet, først og fremst fysisk trygghet – at en ikke står i livsfare (Fröjelin et al. 1990 Kap 8).

Begrepet trygghet kan deles inn i indre trygghet og ytre trygghet. Den indre tryggheten kan skapes av en god og positiv oppvekst, nært felleskap, ansvar, verdier og erfaringer vi kommer positivt ut av. Den ytre tryggheten handler om det livet vi lever, å føle trygghet i ulike situasjoner (Blix og Breivik 2006 Kap 3).

Videre vil behovet for samhørighet i et sosialt nettverk tre fram (Fröjelin et al. 1990 Kap 8). Å føle samhørighet oppleves som meningsfylt. Alle mennesker har behov for å vær en del av et fellesskap og kjenne kjærighet og nærhet. Det er viktig at vi opplever at vi har noen som bryr seg om oss, samtidig som vi kan få muligheten til å bry oss om andre. Hvis man ikke opplever samhørighet har en ingen som kan lytte til ens tanker og behov. Å føle at man har samhørighet kan også være med på å tilfredsstille behovet for trygghet (Blix og Breivik 2006 Kap 3).

6.2 Akutt kritisk syk

Å være akutt kritisk syk er en situasjon preget av personlig krise, store forandringer i livet og tap. Man kan være i denne situasjonen på ulike avdelinger på et sykehus, i hjemmet, på arbeidsplassen eller ute. Begrepet akutt kritisk syk viser til noe som har oppstått brått og ofte dramatisk, og vil mange ganger være livstruende for pasienten, som for eksempel ved en hjertestans. Ordene akutt og kritisk bærer en trussel i seg, om det usikre og ukjente. Det er ofte avgjørende at pasienten får raskt hjelp og behandling da situasjonen kan være livstruende (Moesmand og Kjøllesdal 2007 Kap 2).

6.3 Livsforlengende behandling

Når helbredende behandling ikke lenger er mulig, er livsforlengende behandling et alternativ. Pasienten skal få hjelp til å leve best mulig med god behandling, pleie og omsorg. Den forlengende behandlingen kan være alle tiltak som er med på å forlenge menneskets levetid. Den tar sikte på å gi pasienten en meningsfull og verdifull siste tid. Når døden nærmer seg vil tilnærmingssmåte og behandling være preget av dette. Helsepersonell kan hjelpe pasienten med god smertelindring, hjelp til eksistensielle behov og yte helhetlig omsorg, samtidig som pårørende blir inkludert i pasientens siste levetid (NOU 1999:2).

Mange pasienter kan reddes selv om de er akutt kritisk syke, men av og til har den aktive livsforlengende behandlingen utspilt sin rolle hos pasienten, og legene kan da velge å avslutte behandling. Det er en alvorlig beslutning å skulle avslutte behandlingen, og den blir tatt i samarbeid med flere leger og sykepleiere som har hatt ansvaret for pasienten. Pasientens og

pårørendes meninger skal også komme frem. Beslutningen tar sikte på å gi pasienten en verdig avslutning (Gulbrandsen 2005 Kap 13).

DRØFTINGSDEL

7.0 HENDELSE FRA PRAKSIS

En tidligere frisk kvinne på 58 år ble utsatt for hjertestans som følge av respirasjonsstans i hjemmet. Hun hadde samboer og stedatter som var til stede. Pasienten ble gjenopplivet av ambulansepersonell, men våknet ikke. Det ble påbegynt nedkjøling og hun ble kjørt akutt inn til sykehuset, samboer fulgte med. Etter 24 timer ble det forsøkt å vekke pasienten på intensiv avdeling, dette medførte at hun fikk et epileptisk anfall med tonisk-kloniske kramper, som er et anfall ledet av bevisstløshet og rykninger i armer og ben. Hun ble betegnet med status epilepticus. Etter en uke på intensivavdeling ble pasienten overført til overvåkningsstuen på nevrologisk avdeling. Hun lå nå kontinuerlig med antiepileptisk medisin som infusjon, i tillegg til ernæring – og væskeinfusjon og oksygen. Likevel hadde hun mellom 5-7 epileptiske anfall i døgnet. Etter tre uker med epileptiske anfall, var det fremdeles ingen bedring. Prøver og undersøkelser som CT viste store skader på hjernen, dette tok pårørende svært tungt, selv om han var blitt godt informert om hennes tilstand. Pårørende var mye sammen med pasienten, og vi opplevde han til tider som veldig sliten.

Dette var nå blitt et etisk spørsmål. Da prognosen og fremtidsutsikten til denne unge pasienten var svært dårlig, ble det satt i gang en etisk diskusjon mellom lege, sykepleier og pårørende. Etter en langvarig diskusjon med flere instanser og faggrupper, ble det kommet frem til at livsforlengende behandling skulle avsluttes. Legene mente at pasienten ville dø som følge av komplikasjonene etter hjertestansen, og den behandlingen hun fikk i form av oksygen, ernæring og væske ville bare forlenge denne prosessen. Pårørende sa seg enig i legens argumenter for å avslutte. Pårørende hadde vært sammen med pasienten siden hun ble innlagt og hadde sett hvordan hennes tilstand utviklet seg, og forstod hvor dette førte hen. Han følte selv at han var godt informert, gjennom kontinuerlig oppdatering i forhold til pasientens tilstand og utvikling i sykdomsforløpet.

Pasienten ble flyttet ut av overvåkningsstuen og inn på enerom. Her ble alt utstyr som holdt pasienten i live koblet ned, foruten den antiepileptiske behandlingen. Pasienten fikk påkoblet et morfindrypp slik at hun skulle være sedert og ikke føle smerte. Seks timer senere døde pasienten med pårørende tilstede. Pårørende ønsket å være der en stund etter hun var død, han

deltok også i stellet av pasienten. I ettertid fikk pårørende tilbud om samtale med prest, som han takket ja til.

8.0 Å VÆRE PÅRØRENDE TIL AKUTT KRITISK SYKE

Historien i forrige kapittel gjorde et sterkt inntrykk på oss, da vi opplevde at det var en hard påkjenning for pårørende å stå i situasjonen over så lang tid.

Når et menneske blir rammet av sykdom er det ikke bare hun selv som blir rammet, men også hennes pårørende. Som tidligere nevnt er pårørende de som pasienten selv utnevner. Hvordan sykdomsforløpet utvikler seg varierer etter årsak og sykdom. Ved langvarig sykdomsforløp vil pårørende og familie kunne bearbeide dette over tid, i motsetning til et akutt forløp hvor pårørende rammes brått. Ved akutt kritisk sykdom kan det være spesielt vanskelig å mestre situasjonen alene. Både tid og alvorlighetsgrad er faktorer som påvirker hvordan reaksjonen og det å være pårørende vil bli (Sand 2001 Kap 3).

Av egen erfaring vet vi at ikke alle pårørende klarer å mestre situasjonen på en hensiktsmessig måte. De kan glemme viktigheten av å ivareta sine grunnleggende behov som mat, drikke og søvn. De sitter ofte med mange spørsmål, og trenger noen som kan svare på disse og lytte til hvordan han eller hun har det. Dette så vi i hendelsen fra praksis, hvor pårørende virket sliten og trett. Han tilbrakte mye tid hver dag sammen med pasienten, og virket engstelig for at noe skulle hende med henne hvis han forlot en stund. Vi tilbød oss å sitte sammen med henne, og ringe han hvis det oppstod endringer. På den måten prøvde vi å avlaste pårørende, slik at han skulle få tid til å slappe av og hente seg inn igjen.

9.0 PÅRØRENDES BEHOV

Som sykepleier har vi et ansvar for at pårørende blir ivaretatt. Vi mener at ved å bruke Maslows behovstrapp som startpunkt i ivaretagelsen av pårørendes behov, vil det å tilby dem mat og drikke, samt en plass å bo være med på å tilfredsstille de primære behovene. Ved å imøtekomme pårørendes fysiologiske behov, kan deres fokus være på pasientens situasjon.

I boken *"å være akutt kritisk syk"* beskriver Moesmand og Kjøllesdal (2007: 169) Leskes 27 studier fra perioden 1980 - 1989. Studiene innebar en rangering av behovene knyttet til pasient og pårørende. Leske delte pårørendes behovsområder inn i tre grupper etter hva som var viktig for de pårørende, og hvordan de opplevde å bli møtt. Disse er:

- behovet for å bli beroliget om pasientens tilstand
- behovet for å være sammen med pasienten/være nær
- behovet for informasjon

Innad i disse tre punktene har Leske beskrevet mange viktige behov som pårørende selv har beskrevet. Vi ønsker å forholde oss til disse tre punktene for å beskrive hva vi synes er viktig for hvordan sykepleieren kan ivareta pårørende behov.

9.1 Hvordan kan vi som sykepleiere møte pårørendes behov for å bli beroliget?

9.1.1 Behov for trygghet

I den akutte fasen, rett etter at sykdom har oppstått hos pasienten, kan mange pårørende få en sjokkreaksjon hvor de kan trenge psykisk førstehjelp. Med psykisk førstehjelp mener vi å få i gang en samtale med de pårørende for å hjelpe dem til å sette ord på det som er vanskelig, og legge til rette for at de kan få avreagere følelsesmessig. Det som kreves av den som yter denne typen hjelp er at han viser medmenneskelighet og empati. Det er viktig å godta og tolerere de emosjonelle reaksjonene til pårørende, samtidig som at en klarer å berolige dem (Moesmand og Kjøllesdal 2007 Kap 7).

Noe av det viktigste for pårørende er å få vite at pasienten får den behandlingen og pleie som han eller hun trenger for å redde liv eller minske skade. I tillegg er det viktig at de får vite at pasienten ikke opplever smerte eller annet ubehag. Pårørende har behov for å få svar på de

spørsmålene de har om behandlingen, prognosen og om det er fremgang, på en ærlig måte. Dette er fordi usikkerhet kan føre til stress, noe som vi ikke ønsker å påføre dem.

Hvis vi ser på pårørendes behov for å bli beroliget ut i fra Maslows behovstrapp ser vi det som hensiktsmessig å plassere behovet under trinn 2, behovet for trygghet (Fröjelin et al 1990 Kap 8). Som pårørende til et akutt kritisk sykt menneske vil det å føle trygghet ha stor betydning. Aktuelt for denne situasjonen er ”stole på andre – tryggheten”, hvor det handler om at en forventer hjelp fra behandlerne når den en har kjær blir syk, samtidig som behandlingen som blir gitt skal være best mulig (Blix og Breivik 2006 Kap 3).

Det er hardt nok å stå som pårørende i en akutt fase, og de kan trenge hjelp av helsepersonell til å roe ned sin egen frykt. Det kan være en god løsning å gi pårørende en kontaktperson som de vet vil kunne gi dem den nyeste informasjon om pasientens tilstand (Moesmand og Kjøllesdal 2007 Kap 5).

I den akutte fasen er det flere forsvarsmekanismer som kan inntre. Deriblant en følelse av nummenhet, mistro og fornektelse mot hendelsen. Mange opplever katastrofetanker hvor de kan få symptomer på angst og føle redsel. Det kan være svært tøft å ta innover seg situasjonen, som kan gjøre at den kjennes uvirkelig. Selv om dette er forsvarsmekanismer man ofte ser hos pårørende som har erfart tap, kan de også sees i alvorlige situasjoner hvor pasienten overlever, men hvor pårørende likevel opplever et stort følelsesmessig press (Walker, Payne, Smith og Jarret 2007 Kap 6). Intensivsykepleieren vi intervjuet kunne fortelle at de fleste pårørende hun hadde møtt var veldig forståelsesfulle, og var i stand til å motta informasjonen som helsepersonellet ga. Videre sa hun:

Noen blir bare lei seg, noen blir apatisk, noen blir dessverre hysterisk og nesten må bare bli gitt beroligende. Og få dem til å sove. Men de fleste tar innover seg informasjon, og selv hvor vondt og vanskelig det er, så forstår dem det og ønsker det beste for sine egne (Vedlegg 3: 3).

Som sykepleierens opplevelser i forhold til pårørendes reaksjoner, har vi også personlig erfart at pårørende reagerer på forskjellige måter, Reaksjonen vil også være påvirket av hvor akutt og alvorlig hendelsen er. Da vi møtte pasienten og de pårørende fra hendelsen i praksis for første gang var den akutte fasen over, men pasienten var fremdeles kritisk syk. Opplevelsen av hvordan pårørende hadde reagert i den akutte fasen fikk vi ikke erfare da vi møtte dem en uke etter pasienten hadde blitt innlagt på sykehuset. Situasjonen hadde roet seg, men pårørende bar fortsatt sterkt preg av at situasjonen opplevdes som svært tung. Da pasienten var kommet ned til avdelingen der vi var i praksis, var det fortsatt stor usikkerhet i forhold til

hennes prognose. Behandlingsteamet ga uttrykk til de pårørende at pasientens prognose kunne gå begge veier. Dette medførte at vi så et håp hos dem om at pasienten skulle komme til seg selv igjen.

9.1.2 Behov for håp

Travelbee (2001: 123) beskriver sykepleierens rolle i forhold til håp som: *”Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet”*. Håp er ikke bare et behov for den syke, men også for de pårørende. Både av helsepersonell og av andre mennesker blir håp sett på som en kilde til motivasjon. Det er noe positivt, som gjør oss i stand til å takle motgang, tap og tragedier. I en vanskelig situasjon kan håp være med på å gi mening og gi styrke til å mestre hendelsen. Gode minner man deler med pasienten kan gi de pårørende en indre styrke til å klare seg gjennom det som er tungt (Moesmand og Kjøllesdal 2007 Kap 5). Om håp sier sykepleieren i intervjuet:

Dette her med håp, det syns jeg de aller fleste pårørende har. De bruker å si at selv om det ser mørkt ut, så har de et håp. Og da sier jeg at det kan vi aldri ta i fra dem. Og det skal vi ikke ta ifra dem. Selv om vi må realitetsorientere dem, så er det alltid lov å ha et håp. Og håpet er jo kjempe viktig, og mange ber. Mange søker andre tjenester for å kunne holde på håpet (Vedlegg 3: 8).

Vi er enig med sykepleieren at vi må hjelpe pårørende i å bevare håpet, men likevel være realistisk i forhold til pasientens tilstand. Vi mener det er viktig og ikke gi pårørende falskt håp. Vi tror det kan sette sykepleieren i en vanskelig situasjon, samt at det kan forverre sorgreaksjonen hos pårørende hvis pasienten dør.

Tillit er noe som bygges opp mellom sykepleier, pasient og pårørende, og er med på å utvikle håpet. Når pårørende er sikre på at deres kjære får den behandlingen og pleien de trenger, kan de få et håp om at pasienten skal bli frisk igjen. *”Håp er sterkt relatert til avhengighet til andre”* (Travelbee 2001: 118). Når en vi er glad i blir syk strekker plutselig våre egne ressurser ikke lengre til og vi blir avhengig av at andre kan hjelpe oss. Vi står i en situasjon hvor vi håper at leger og sykepleiere gjør alt de kan for at våre nærmeste skal bli friske. Samtidig vil mange kanskje sette håpet sitt til religion, da de finner trøst og støtte i å be og håpe om at pasienten skal bli frisk igjen (Travelbee 2001 Kap 7).

9.2 Hvordan møtes pårørendes behov for å være nær pasienten?

Det er viktig for mange pårørende å få være sammen med pasienten, og gi støtte og omsorg, særlig når tilstanden til pasienten er kritisk og ustabil (Stubberud 2005 Kap 4). I Maslows behovstrapp vil behovet for å være nær pasienten havne på trinn 3: behovet for samhørighet. Som nevnt i teoridelen om behov, er trygghet og samhørighet nært knyttet til hverandre. Det kalles relasjonstrygghet, hvor det å ha nære relasjoner til andre står sentralt (Blix og Breivik 2006 Kap 3). Vi mener at det er viktig for både pasienten og de pårørende at de kan være sammen og være tilgjengelig for hverandre. Det å opprettholde kontakten og være en støttespiller for pasienten er en måte pårørende kan vise at de bryr seg.

Selv om de aller fleste pårørende har et ønske om å få være tilstede når personalet utfører prosedyrer og i akutsituasjoner, må helsepersonellet vurdere situasjonen. Ikke alle er egnet til å observere det som blir gjort med pasienten da det kan medføre stress, en følelse av mangel på kontroll og ubehagelige minner. Hvis en anser pårørende som at de ikke vil takle situasjonen kan det være hensiktsmessig å skjerme dem, ved for eksempel å henvise dem til et venterom. Samtidig finnes det pårørende som kan være en god støtte for pasienten, og kan oppleve kontroll og trygghet ved å observere behandlingen eller prosedyren som blir gjort (Stubberud 2005 Kap 4). Om det å få være nær pasienten sier intensivsykepleieren:

Vil de være inne hele tiden, også når vi gjør prosedyrer så får de lov til det. Hvis ikke det er veldig spesielle prosedyrer som er vanskelig, som kan gjøre at pasienten ser veldig dårlig ut. Da ber vi dem gå ut, bare mens vi gjør den. Stort sett får de være inne hele tiden (Vedlegg 3: 2).

I pasientsituasjoner har vi opplevd at mange pårørende sier de har det best når de får være nær pasienten. I en studie av Langerud (2007) om utfordringer ved avslutning av livsforlengende behandling kommer det frem flere faktorer som de pårørende legger vekt på mens deres kjære er innlagt på sykehus. Det må være kontinuitet i den behandlingen pasient får, samtidig som pårørende får god og forståelig informasjon. De ønsker at pasienten skal møtes med respekt og omsorg, og de har et stort behov for å ha mulighet til å være tilstede døgnet rundt. Dermed er det viktig at det legges opp til at pårørende får et pårørenderom, eller overnatting nært knyttet til sykehuset.

I intervjuet med intensivsykepleier forteller hun at i noen tilfeller møter en pårørende som ikke ønsker å være sammen med pasienten på sykehuset. Det kan være ulike årsaker til dette, og at vi som sykepleier bør prøve å finne ut hva som ligger bak dette. Vi bør fortelle dem at de kan angre i ettertid hvis de lar være å komme (Vedlegg 3: 2).

Vi tenker at det kan være mange årsaker til at pårørende takler situasjonen på en mindre god måte. Det kan være uløste konflikter mellom pasient og pårørende, sykehusskrekke, eller at de ikke ønsker å se sine kjære syke og døende.

I hendelsen fra praksis var pårørende til stede store deler av tiden. Han fikk lov å være sammen med pasienten så mye han ønsket. Han valgte selv å forlate rommet under stell og prosedyrer, da han ikke ønsket å se det som ble gjort. I ettertid var han takknemlig for at han fikk være nær pasienten så ofte som han hadde behov for det.

9.3 Hvordan imøtekommer sykepleiere pårørendes behov for informasjon?

Pårørendes behov for informasjon går igjen i alle de overnevnte behovsgruppene. Årsaken til at dette behovet kan ses i alle gruppene er fordi det er viktig både for å berolige pårørende og for at de skal føle seg nær pasienten. Hvilken informasjon som blir gitt er avhengig av hvor en er i pasientens forløp (Moesmand og Kjøllesdal 2007 Kap 5). Gjennom informasjon om pasientens tilstand vil en danne seg kunnskap og erfaring. Kunnskap vil gjøre at fremtiden for pasienten blir mer forutsigbar, og gjør pårørende mer i stand til å kunne forutse eventuelle forandringer som kan skje. Når pårørende føler seg tilstrekkelig informert og har innsikt i pasientens situasjon, opplever de en trygghet som kalles kunnskap – og kontrolltrygghet (Blix og Breivik 2006 Kap 3).

Vi spurte intensivsykepleieren i intervjuet vårt om hvilke rutiner de har på avdelingen om å gi informasjon:

Rutinen er at vi gir god informasjon. Lege og sykepleiere som er med i behandlingen gir pårørende god informasjon og forteller hvordan situasjonen er, enten hva vi tror, at vi tror dette ikke vil ende godt, at antakelig vil livet ebbe ut eller at vi kanskje holder pasienten kunstig i live (Vedlegg 3: 1).

Vi tror at det å informere pårørende kontinuerlig, vil gjøre at de føler seg inkludert, og trygg på helsepersonellet. Det fremgår i Hpl (1999) § 4 at helsepersonell skal yte en faglig forsvarlig praksis med fokus på kvalitet og sikkerhet. Vi tenker at ved å informere pårørende om hva en gjør og hvorfor, kan det skape tillit til helsepersonellet og kvalitet i den omsorgen vi gir.

I en forskningsartikkel av Holme (2008) viser flere internasjonale studier at ektefeller eller samboere av partnere som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt har et stort behov for

informasjon. Selv om artikkelen fokuserer på hjerteinfarkt, anser vi den som aktuell i forhold til vår problemstilling. Pårørende trenger informasjon både i den akutte fasen og i tiden som følger. For å unngå unødvendige påkjenninger er det viktig at de får realistisk informasjon om pasientens tilstand, og gjerne skriftlig informasjon. Årsaken til at skriftlig informasjon bør anvendes er fordi pårørende ofte bare får med seg brøkdeler av det som blir presentert muntlig. Slik vi ser det, er det krevende å stå i en akutt situasjon, og det kan være hensiktsmessig å gjenta informasjonen flere ganger.

I Prl § 3-5 (1999) blir det gjort klart at informasjonen vi som helsepersonell skal gi, må gis etter individuelle forutsetninger. Alle pårørende er forskjellige, og har ulikt utgangspunkt for å bearbeide og forstå informasjonen de mottar. Det er vår oppgave som helsepersonell å sikre at pasienten og de pårørende blir gitt informasjonen på en hensynsfull måte som er tilpasset både alder, modenhet, erfaringer og deres kulturelle bakgrunn, og at de faktisk har forstått det som har blitt sagt.

God kommunikasjon er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne formidle informasjon til pårørende. Når sykepleieren møter pasienten og de pårørende vil de danne seg flere erfaringer seg i mellom, med andre ord har sykepleieren lagt grunnlaget for et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee (2001) sier at når en har etablert et slikt forhold mellom sykepleier og den syke og dens familie er risikoen for at det skal oppstå en kommunikasjonssvikt redusert. Med kommunikasjonssvikt mener vi at enten avsender eller mottaker misforstår eller ikke mottar budskapet. Det kan oppstå kommunikasjonssvikt både gjennom verbal og non – verbal overføring. Det er viktig at budskapet som skal formidles blir mottatt slik det var ment, ofte er det nødvendig å gjenta seg for å forsikre seg om at mottaker har forstått. Om det å forstå budskapet sier sykepleieren i intervjuet:

Når vi får pasienter og pårørende, så gir vi jo denne informasjonsbrosjyren, men det er utrolig hvor lite de klarer å lese og få med seg. Derfor gjentar vi informasjonen (Vedlegg 3: 6).

Vi har selv erfart i praksis hvor lite pårørende tar innover seg av informasjon, men dette har vi opplevd mest i akutte situasjoner. Pårørende som vi møtte i hendelsen fra praksis, opplevde vi som godt informert. Han var daglig hos pasienten både under legevisitt og generelt. Han fikk prate med legen og ble slik daglig oppdatert om pasientens tilstand og plan fremover. Sykepleieren med ansvar for pasienten var også tilgjengelig for spørsmål og samtale med pårørende etter behov. Eventuelle spørsmål som sykepleier ikke kunne svare på, ble tatt

videre til lege. Holme (2008) uttrykker at ærlig og kontinuerlig informasjon om pasientens tilstand kan være med på å redusere pårørendes følelse av forvirring og hjelpeløshet.

Da behandlingsteamet kom fram til at pasientens behandling fra hendelsen bare utsatte dødsprosessen, ble pårørende inkludert i avgjørelsen om å avslutte den livsforlengende behandlingen. Gjennom de tre ukene hadde pårørende innsett at hans kjære ikke ville overleve, og han uttrykte at det var viktig for han å følge hennes ønske. Siden pårørende var enig i behandlingsteamets avgjørelse ble ikke KEK (Klinisk Etikk – Komité) involvert. Hadde situasjonen vært annerledes, for eksempel at pårørende og behandlerteamet var uenige, kunne KEK tas inn for å identifisere og se problemet fra flere vinkler, og om mulig ta en avgjørelse (Brinchmann 2008 Kap 11). I artikkelen *Når svaret ikke er opplagt* sier Nordby (2006) at selv om svaret på et etisk problem for behandlingsteamet ofte er opplagt, må det likevel gjøres en etisk vurdering. Med etisk vurdering menes det å komme fram til det som er etisk riktig å gjøre i den gitte situasjonen. Selv om sykepleiere og annet helsepersonell i mange situasjoner gjør vurderinger på hva som er riktig å gjøre, er det ikke alltid at de reflekterer bevisst rundt etisk teori. Vi må ikke glemme at det er viktig å bruke etiske perspektiver i situasjoner der svaret ikke er opplagt.

Når avgjørelsen om å avslutte behandlingen er tatt er det viktig at pårørende sitter igjen med den viten om at behandlingsteamet har gitt pasienten all den medisinske behandlingen hun kan få. Om avslutning av livsforlengende behandling sier intensivsykepleier fra intervjuet:

Det er jo alltid veldig viktig for de pårørende å vite at vi har gjort absolutt alt det vi kan. Det er jo utrolig viktig for de som sitter igjen, å vite at de har fått all den profesjonelle hjelpa de kan få for å kunne bli frisk, men at det ikke har gått bra likevel (Vedlegg 3: 3).

Vi tenker at hadde vi stått som pårørende i en lignende situasjon, ville vi hatt et behov for å vite nøyaktig hva som var blitt gjort, og hvorfor den livsforlengende behandlingen skulle avsluttes. Det er en spesiell og vond situasjon, og vi ville som pårørende ønsket å være sammen med pasienten fra beslutningen ble tatt til pasienten døde.

Som sykepleiere er det viktig at vi går inn for å hjelpe pasientens pårørende og familie, både til å mestre deres næres tilstand, men også til å finne en mening i de erfaringene de har fått. Slik vi ser det finner en sjelden mening i selve sykdommen, den kan ikke fremstilles som noe positivt. Som sykepleiere har vi i hovedsak fokus på helbredelse, noe som kan gjøre det mer vanskelig å finne mening i at deres kjære går bort. Travelbee (2001 Kap 1) forklarer at hendelsen og pasientens bortgang kan være en selvaktualiserende erfaring pårørende tar med

seg videre i livet, da situasjonen stiller krav til dem som mennesker. Mange spør seg selv: ”hvorfor hender dette meg?” Når pårørende stiller slike spørsmål kan vi som sykepleiere bruke det som et hjelpemiddel til å hjelpe dem til å finne mening i det de opplever som vondt og meningsløst.

Vi forstår at det kan være veldig vanskelig å finne mening i det en har erfart, især i hendelsen fra praksis, hvor pasienten var ung og frisk forut hjertestansen. Hendelsen var uventet, og pårørende opplevde det som svært urettferdig. Det gjorde det vanskelig å takle situasjonen, og de klarte ikke finne en mening i at hun ble syk. Etter hvert som ukene gikk på sykehuset og pårørende fikk være sammen med henne, fikk de bearbeidet hendelsen og sjokket. Da de ble informert om at hun kom til å dø, hadde de også innsett dette selv. De ga uttrykk for at de opplevde det som meningsfylt å få være sammen med henne den siste tiden, og gi henne en verdig avslutning på livet.

9.4 Pårørende, en ressurs eller belastning?

Pasienten som vi møtte i praksis var aldri bevisst i løpet av den inneliggende fasen. Dermed fikk vi ikke mulighet til å snakke med henne og få opplysninger om hennes tidligere helsetilstand og ønsker for den forestående behandlingen. I stede møtte vi de pårørende som ble pasientens talsmann. Pårørende var de som kjente pasienten best og sto henne nærmest. Av den grunn ble de en ressurs for helsepersonellet som pleiet pasienten. Og de ble en ressurs da de gav oss viktige opplysninger i forhold til hennes helsetilstand, allergier, medisiner, hvordan hun brukte å stelle seg, ligge i sengen osv. Når vi spurte intensivsykepleieren om hvordan hun så på pårørende, svarte hun:

Det kan jo være en ressurs, vi er jo tilstede for å hjelpe dem også. Mange ganger kan det bli, ikke en belastning, men det blir merarbeid. Man skal jo ikke tenke at man skal ha det enklest mulig. Det er ikke slik det er. Så lenge det er en ressurs for pasienten, så er det vår plikt og vår jobb å stille opp for også dem (Vedlegg 3: 7).

Vi kom til intervjuet med den førforståelsen av at pårørende var nesten utelukkende en ressurs, derfor ble vi litt overrasket da sykepleieren hadde et litt annet syn på pårørende. Hun mente at det mange ganger kan være enklere når pasienten mangler pårørende, eller har få nære rundt seg. Dette begrunnet hun med at da er det ingen som legger seg borti hva helsepersonellet gjør, og det er ingen som stiller spørsmål (Vedlegg 3: 7). Vi forstår

tankegangen hennes, men føler likevel at vi er uenige med hennes meninger. Slik vi ser det, må en alltid tenke på pasienten sitt beste, uansett om det betyr mer arbeid for sykepleieren. Å jobbe som sykepleier mener vi er å yte best mulig hjelp og omsorg til pasienten og dens pårørende. Hvis en ser på pårørende som en belastning kan det påvirke sykepleierens holdninger i en negativ retning, tenker vi. Spesielt i forhold til vår problemstilling hvor pasientens liv tar slutt, mener vi at det kan være veldig viktig at pårørende føler seg ivaretatt, og at helsepersonellet har imøtekommet deres behov og ønsker underveis. Vi tror det er viktig for sorgreaksjonen til de etterlatte. Vi mener at som sykepleier er det viktig å se både pasient og pårørende, da det ikke bare er pasienten som blir rammet ved sykdom, men også de pårørende. Dermed er det sentralt at en også skaper en godt samarbeid mellom sykepleier og pårørende.

Vi tror også det kan være til fordel for sykehusavdelingens rykte, at de får gode tilbakemeldinger fra pårørende. Samtidig sier sykepleieren fra intervjuet at det er deres jobb å se de pårørende. Hun sier at de møter mange forskjellige typer pårørende, hvor noen er mer utfordrende enn andre, men hun sier at det er en naturlig del av jobben (Vedlegg 3: 7).

Pårørendearbeidet er ofte svært ressurs – og tidkrevende, fordi gruppen av pårørende består av ulike mennesker med forskjellige individuelle behov. Det kan være utfordringer ved å møte pårørende med en annen kulturell bakgrunn, konflikter innad i pasientens familie og innviklede familieforhold. Hvor krevende pårørendearbeidet faktisk er, blir sjeldent dokumentert. Noe som er negativt, da god dokumentasjon kan være et hjelpemiddel for helsepersonell i det fremtidige samarbeidet med pårørende (Langerud 2007).

Det er presisert i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere at det er vårt ansvar å ta i bruk retningslinjene i vårt arbeid. Og det betyr at vi må samarbeide med pårørende og imøtekomme deres behov og ivareta deres rettigheter så langt det lar seg gjøre. Samtidig står det at det er pasienten som skal prioriteres, hvis det oppstår konflikter mellom pasienten og pårørende (Norsk Sykepleierforbund 2007).

9.5 Pårørende som målgruppe for sykepleieren

Martinsen nevner den gyldne regel som en veileder til å gjøre det gode: *”Alt du vil at andre skal gjøre mot deg, skal du gjøre mot dem”* (Martinsen 1990: 67). Slik vi ser det er dette en regel vi som sykepleiere kan bruke i møte med blant annet pårørende. Det er en allmenn

leveregel, som vi mener kan hjelpe oss til å ivareta pårørendes behov i en vanskelig situasjon (Martinsen 1990). Vi tenker at det er ikke alltid så enkelt å følge den gyldne regel i en situasjon som sykepleieren ikke har erfaringer med. Kanskje har sykepleieren selv vært pårørende tidligere, og kan bruke disse erfaringene i møte med pårørende i praksis.

I situasjoner hvor sykepleieren ikke har erfaringer, tenker vi at det beste hun kan gjøre er å våge og spørre de pårørende. Hva kan jeg gjøre for dere? Er det noe dere føler vi kan gjøre annerledes? En tidligere pårørende forteller i boken *Å være akutt kritisk syk* (Moesmand og Kjøllesdal 2007: 161) om sine ønsker som pårørende. Han sier det er viktig at helsepersonell gir pårørende den oppmerksomheten de trenger. Hans oppfatning var at helsepersonell var usikre på om de skulle ta kontakt, som om de ikke ville trå over en grense. Hvis pårørende blir tatt med i det som skjer med og rundt pasienten, kan de være gode støttespillere og samarbeidspartnere for helsepersonell.

I møte med pårørende mener vi at en raskt kan bli paternalistisk. Da det er vi som sitter med informasjon og kunnskap. Dette føler vi blir en feil fremgangsmåte å vise omsorg på, da maktforholdet blir skjevt og det kanskje blir ubehagelig for pårørende å få frem sine tanker og meninger. Martinsen setter tillit som en viktig faktor for å kunne utvikle en god relasjon. Når vi som sykepleiere møter pasientens pårørende, har de allerede lagt noe av sitt liv i våre hender. Det er vår oppgave å gi deres kjære best mulig pleie og behandling, og da må vi gjøre oss verdig pårørendes tillit (Martinsen 1990). Dette kan vi gjøre gjennom å vise ekte omsorg. Når vi som sykepleiere møter pårørende må vi prøve å forstå deres situasjon. Hvis vi har evnen til å sette oss inn i hvordan de har det, kan det legge grunnlaget for en gjensidighet og et godt samarbeid om hva som er til pasientens beste.

10.0 AVSLUTNING

Vi føler utforming av oppgaven har vært en krevende, men svært lærerik prosess. Som sykepleiestudenter har vi lite erfaring med å møte pårørende, foruten det vi har opparbeidet oss gjennom praksis. Vi føler at den kunnskapen vi sitter igjen med er svært verdifull for oss som kommende sykepleiere. Gjennom oppgaven har vi erfart at det å ivareta pårørendes behov er et sammensatt og krevende arbeid. Alle pårørende er ulike og har individuelle behov. Vi tenker at selv om vi har lært mye om arbeidet med pårørende, føler vi oss ikke utlært, da vi opplever det som en kunst som kommer gjennom erfaring. Det er en utfordring for oss som sykepleiere å våge og møte pårørende til de som er syke, fordi de er ukjente og vi vet ikke hvor deres grenser går. Ikke alle tolererer en klem eller et klapp på skulderen. Dermed føler vi at det er viktig å spørre hva det er de har behov for, og vise at vi er der for dem. Slik vi ser det er det vanskelig å sette en konklusjon på oppgaven, men vi mener at noe av det viktigste er å møte pårørende som et medmenneske. Som sykepleiere vil vår evne til å vise empati være avgjørende i hvordan vi velger å ivareta pårørendes behov. Hvis vi klarer å sette oss inn i deres situasjon, tror vi at vi vil få bedre forståelse for hva de opplever og derav få større toleranse for deres reaksjoner.

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

Blix, E. S., Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie: Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Brinchmann, B.S. (2008) Kliniske etikk-komiteer. I: Brinchmann, B. S. (red) *Etikk i sykepleien* (s. 189-206). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

HOD (Helse – og omsorgsdepartementet) LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell*&& [14. mars 2011]

HOD (Helse og omsorgsdepartementet) LOV-1999-07-02-63. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Tilgjengelig fra http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasi*&& [9. februar 2011]

Molven, O. (2006) *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sand, A, M. (2001) Se også meg – om å være pårørende til en syk. I: Almås, H. (red) *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Slettebø, Å. (2008) Ethiske dilemmaer. I: Brinchmann, B. S. (red) *Etikk i sykepleien* (s. 42-54). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sneltvedt, T. (2008) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: Brinchmann, B. S. (red) *Etikk i sykepleien* (s. 97-115). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

UIN (2008) *Studie-/fagplan med emnebeskrivelse: Bachelor i sykepleie*. Tilgjengelig fra <http://www.uin.no/index.php?ID=11265&lang=nor&function=dumpBeskrivelse&module=studieinfo&type=studieme&key=1675> [9. februar 2011]

Walker, J., Payne, S., Smith, P., Jarrett, N. (2007) *Psychology for nurses and the caring professions*. Maidenhead: Open University Press

Selvvalgt Litteratur

Dybwik, K. (2011) *Statistikk mortalitet ved intensivavdelingen*. NLSH Bodø

Fröjelin, L-Å., Åhslund, K., Brunsvik, G. (1990) *Se mennesket: Psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS Sider: 18.

Gulbrandsen, T.(2005) Livets slutfase. I: Gulbrandsen, T., Stubberud, D-G. (red) (2005) *Intensivsykepleie (s. 146-155)*. Oslo: Akribe AS Sider: 10.

Holme, A. N. (2008) Ektefellens behov for informasjon – når partner får akutt hjerteinfarkt. I: *Tidsskriftet Sykepleien Forskning* 3(1): 16-24. Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=116910 [21. mars 2011] Sider: 8.

Langerud, A. K. (2007) Hva opplever intensivsykepleiere som utfordrende ved avsluttende behandling i intensivandelingen? I: *Tidsskriftet Sykepleien Forskning* 2(4): 254-260. Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-forskning?p_document_id=120755 [18. mars 2011] Sider: 6.

Martinsen, K. (1990) Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I: Jensen, K (red) m.fl. *Moderne omsorgsbilder*. (s. 61-97) Oslo: Gyldendal Sider: 36.

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, Sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essay* 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget. Sider: 17.

Moesmand, A. M., Kjøllesdal, A. (2007) *Å være akutt kritisk syk: Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk Sider: 148.

Nordby, H. (2006) Når svaret ikke er opplagt. I: *Tidsskriftet Sykepleien* 94(13): 68-69.

Tilgjengelig fra

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=118385 [30. mars 2011]

Sider: 2.

Norsk Sykepleierforbund (2007) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Tilgjengelig fra

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF [10. mars 2011]

Sider: 38.

NOU 1999:2 (1999) *Livshjelp: Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*.

Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5.html?id=141465> [10. mars 2011]

Sider: 2.

Stubberud, D-G. (2005) Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I: Gulbrandsen, T.,

Stubberud, D-G. (red) (2005) *Intensivsykepleie* (s. 23-26). Oslo: Akribe AS Sider: 3.

Stubberud, D-G. (2005) Pårørende. I: Gulbrandsen, T., Stubberud, D-G. (red) (2005)

Intensivsykepleie (s. 56-62). Oslo: Akribe AS Sider: 7.

Totalt antall sider: 295.

VEDLEGG 1



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stilles til:

Avdeling / institusjon

Ved:

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave ☒
- 2.) Deleksamen ☐
- 3.) Semesteroppgave ☐
- 4.) Prosjektarbeid ☐

søker:

Student:

Bachelor i sykepleie: Kull: 08H Studiested: Bodo

Videreutdanning, linje:

Kull:

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen:

"Hvordan kan sykepleier i somatisk avdeling på sykehus ivareta pårørende, ved avslutning av livsforlengende behandling av den akutt kritisk syke pasient?"

Vi ønsker å få et bedre innsyn i hvordan sykepleieren imøtekommer pårørende i praksisfeltet. Samtidig ønsker vi å bruke sykepleierens erfaringer til å belyse sentrale temaer i oppgaven.

Metode v/ datainnsamlingen: Kvalitativt intervju

Respondenter / intervjupersoner: Intensivsykepleier

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: ~~Di~~ Dig, tal bånd opp taker

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: Uke 5: etter kl 12 / uke 6: før kl 12

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

[Redacted signature]

Student

[Redacted signature]

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: Universitetet i Bodø

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato 7/2/2011 er behandlet dato 7/2-2011 av saksbehandler / organ:

Vedtak: Datainnsamling i forbindelse med ferdypningsoppgave,
bachelorstudie i sykepleie ved universitetet i Bodø innvilges.

Evt. merknader knyttet til vedtaket: Studentene må ta ~~te~~ kontakt

per telefon eller mail for å avtale dager og for forhåndsavtale
med respondenter.

Tlf: _____ kontakt

mail: _____

Underskrift

Underskrift

VEDLEGG 2

INTERVJUGUIDE.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier i somatisk avdeling på sykehus ivareta pårørendes behov for å bli beroliget, få tilstrekkelig med informasjon og få være nær pasienten ved avslutning av livsforlengende behandling av den akutt kritisk syke pasient?”

1. Hvilke rutiner har avdelingen for ivaretagelse av pårørende?
 - Informasjon – hvem gir den.
 - o Medisinsk behandling.
 - o Hva blir gjort for pasienten.
 - Forberedelse – hva skjer videre.
2. Hvilke erfaringer har du i forhold til tilretteleggingen for pårørende?
 - Utfordringer ved å imøtekomme de ønsker pårørende har.
 - Kommunikasjon.
 - Samarbeid i siste fase.
 - Tilbakemelding fra pårørende.
3. Pårørende – en ressurs eller en belastning?
 - Pårørende ønsker å avslutte, men ikke behandler.
 - Pårørende ønsker ikke å avslutte, men behandler ønsker det.
 - Pårørende og behandler er enig om avgjørelsen.
4. Utfordringer ved å gi omsorg og oppmerksomhet til pårørende?
 - Kontakt med pårørende.
 - Behov.
 - Formidle håp, la pårørende bevare håpet.
5. Tilrettelegging for sorgreaksjon til pårørende?
 - Utfordringer.
 - Hurtig sykdomsforløp.
 - Tilbud om å snakke med noen (prest).

VEDLEGG 3

INTERVJU MED INTENSIVSYKEPLEIER

1. Hvilke rutiner har avdelingen for ivaretagelse av pårørende?

Student 1: Hvilke rutiner har dere for ivaretagelse av pårørende, vi har jo nevnt opp litt forskjellige stikkord i intervjuguiden, du kan jo svare slik du vil, stikkordene er mer for å hjelpe til.

Sykepleier: Du tenker på altså på all slags pårørende, eller pårørende ved avsluttende behandling?

Student 1: Ved avsluttende behandling.

Informasjon, hvem gir den?

Sykepleier: Vi har en informasjonsbrosjyre som alle pårørende får, om det er avsluttende behandling eller om det er alvorlige kritisk syke som kommer inn. Rutinen er at vi gir god informasjon. Lege og sykepleiere som er med i behandlingen gir pårørende god informasjon og forteller hvordan situasjonen er, enten hva vi tror, at vi tror dette ikke vil ende godt, at antakelig vil livet ebbe ut eller at vi kanskje holder pasienten kunstig i live. For eksempel hvis de har vært på MR av hode, at det er sånne ting, det er store epileptiske anfall som en ikke får kontroll over med medisiner, at de er så alvorlig hjerneskadet. Det er sånne gode observasjoner en kan presentere til pårørende. Hvis det er det dere lurer på, vi har ikke noen informasjonsmal, det vil alltid være forskjell fra person til person, fra lege til lege og sykepleier til sykepleier. Men vi har jo en holdning på at det er veldig viktig med god informasjon og god service rett og slett til alle pårørende, men kanskje spesielt til sånne med kritisk syke, der pasienten er dårlig.

Hva blir gjort for pasienten?

Sykepleier: Hva blir gjort med pasienten? Men da lurer jeg på hva det er dere tenker på?

Student 1: Det går på litt mer på hva, om dere har noen spesiell rutine på, hva kan jeg si, den siste tiden, at de får, legger dere opp til at pårørende får være sammen med pasienten på det siste. Om dere har bibel eller lys.

Sykepleier: Jada, det har vi. Vi spør jo alltid, hvis vi vet at dette går mot slutten. Så blir jo pårørende kontaktet. Og forteller at nå tror vi at det går mot slutten, og om de ønsker å komme, og det ønsker jo de aller fleste, det er jo likevel noen som ikke ønsker å komme. Og da må vi kanskje spørre dem om det er noen spesiell grunn. For at vi vet jo at hvis de ikke ønsker å komme, så angrer mange i ettertid. Det er jo ikke det at vi skal presse dem, men vi må fortelle dem at de kan angre i ettertid og slike ting. De kan komme for å prate med oss, de trenger ikke gå inn til pasienten hvis de har sykehusskrek eller hvis de har angst for å se sine egne dø. Mange sier at de heller ønsker å huske de slik de var før, og det må vi respektere.

Vil de være inne hele tiden, også når vi gjør prosedyrer så får de lov til det. Hvis ikke det er veldig spesielle prosedyrer som er vanskelig, som kan gjøre at pasienten ser veldig dårlig ut. Da ber vi dem gå ut, bare mens vi gjør den. Stort sett får de være inne hele tiden. Vi har jo, når vi har vaktskifte, så får de helst ikke være inne, og det er jo på grunn av taushetsplikten overfor de andre pasientene. Ellers så får de være inne. De får også være med, hvis de ønsker å stille, spesielle ting de ønsker å gjøre, ønsker de å ha prest, får de ha det. Ønsker de noen andre, har de en annen tro, eller tro på healing, så får de selvfølgelig lov til det. Det er jo deres pårørende, det er jo ikke våre. Så det får dem jo selvfølgelig lov til. Å ønsker dem å være med, ja å tenne lys, noe spesielt de vil ha på dem, eller noe spesielt de vil gjøre med dem, så får de selvfølgelig lov til det.

Medisinsk behandling

Sykepleier: Så ser jeg det også står medisinsk behandling, hva tenker dere der?

Student 2: Det er jo underpunkter i forhold til informasjon, det går jo litt i forhold til det, hva skjer videre, altså og det er jo litt som det du har sagt, hva er behandlingen videre, er det noe behandling. Eventuelt hva det vil innebære og alt dette her.

Sykepleier: Det er jo alltid veldig viktig for de pårørende og vite at vi har gjort absolutt alt det vi kan. Det er jo utrolig viktig for de som sitter igjen, å vite at de har fått all den profesjonelle hjelpa de kan få for å kunne bli frisk, men at det ikke har gått bra likevel. Det ser jo litt sånn ut at hvis det er en hjertestans som har kommet inn, ikke sant, og der det er så stor hjerneskode at det ikke er liv laga. Men det kan jo også være mange andre ting, de kan jo ha pasienter med dårlig respirasjon, f. eks en veldig alvorlig pneumoni, som aldri kommer seg som vi dessverre bare må avslutte. Av og til er det rett det kan være en på 90 år, ikke sant der du ikke kommer noen vei dessverre, og da er det jo ikke en hjertestans, da er det de jo bare så dårlig at livet ebber ut. Men sånn som dette spørsmålet her så tenker jeg at det er typisk en hjertestans på en pasient, eller en ulykke der livet ikke står til å redde.

2. Hvilke erfaringer har du i forhold til tilrettelegging for pårørende?

Student 2: Hvilke erfaringer har du i forhold til tilrettelegging for pårørende? Dette blir jo ut i fra din egen subjektive opplevelse.

Kommunikasjon

Sykepleier: jeg har egentlig gode erfaringer med, jeg kan ikke, selvfølgelig er jo mange pårørende i sjokk og ikke klarer å ta inn over seg det her som skjer. Jeg synes jo bare de får god nok informasjon, og får tid og får kanskje samlet flere og ikke er alene. Søsken, eller barn som er voksne som kan støtte dem. Så syns jeg at ofte så er det god kommunikasjon, og de har forståelse, selv om det er helt forferdelig.

Utfordringer ved å imøtekomme de ønsker pårørende har / Samarbeid i siste fase

Sykepleier: Jeg har en gang opplevd eller mange ganger, men spesielt en gang med et annet trossamfunn, der det blir veldig spesielt. Og der det var et lite barn som døde. Det er jo helt forferdelig. De har helt andre måter å reagere på enn det vi er vant med. Ja. Så. Det er ingen fasit der. Noen blir bare lei seg, noen blir apatisk, noen blir dessverre hysterisk og nesten må bare bli gitt beroligende. Og få dem til å sove. Men de fleste tar innover seg informasjon, og selv hvor vondt og vanskelig det er, så forstår dem det og ønsker det beste for sine egne. Det er jo viktig å gi dem trygghet og tillit, ikke sant? Og så, sånn at de kan innfinne seg med det vanskelige, selv om det som er det. De aller fleste pårørende er veldig forståelsesfull, selv så vondt det er. Og det jeg synes er viktig er at de ikke er alene, at de har noen med seg. Det er

veldig tøft å være alene, det er kanskje ei søster eller ei mor, eller en ektefelle der dem ikke har noen. Da synes i hvert fall jeg det er helt forferdelig å slippe dem i fra meg, og tenke på at de skal dra hjem og være alene, etter det her. Det synes jeg er tungt. Det er det.

Tilbakemelding fra pårørende

Sykepleier: Og vi får bare, selv de som er hysterisk så har jeg ikke opplevd å få dårlig tilbakemelding. Aldri faktisk. Det kan hende at det har vært noen andre, men jeg har aldri opplevd det. Vi bruker eh hvis det er spesielle ting, så bruker vi å ringe dem. Også tilbyr vi dem ettersamtale. Enten per telefon eller at de kommer hit, de som er etterlatte.

Student 2: Tror egentlig vi kan gå videre.

Student 1: ja.

3. Pårørende – en ressurs eller belastning?

Student 2: Da tar vi neste spørsmål. øhm, pårørende. Og så står det, en ressurs eller en belastning. Det er jo ramset opp i forskjellige, du kan jo kalle de case- scenarioer. Hvis vi bare kan gå metodisk igjennom hver av dem? Det og dine erfaringer.

Sykepleier: Ja

Pårørende ønsker å avslutte, men ikke behandleren

Student 2: Det første blir jo da pårørende som ønsker å avslutte, men ikke behandleren da.

Student 1: Har dere opplevd det?

Sykepleier: Jeg sitter og tenker på om jeg har opplevd det. Det har nok skjedd her, men jeg tror ikke jeg spesielt har vært borti det. Nei, det tror jeg ikke. Jeg tror heller det kan være det at de er veldig ambivalent, at de er slitne og tenker at de ikke klarer mer, at det kan falle ut av det her at der er ikke vits i, det er ikke liv laga. Men i neste halvtime så var det ikke det de mente. Så jeg tror ikke jeg har opplevd det nei.

Pårørende og behandler er enig om avgjørelsen

Student 1: Hva er det vanligste at dere opplever?

Sykepleier: det vanligste er at det er synds jeg at vi kommer til et felles ehm, løsning. At de er helt inneforstått med at det ikke går lengre. At de kanskje, at pasienten har lagt her i lang tid, og de ser at de ikke er, at der er ingen kontakt. De, eh, ja. De kan ha gått på ukevis og prøvd å oppnå kontakt, kanskje i det ene øyeblikket har de sett eller trodd at de fikk øyekontakt, trodd at de kanskje smilte eller blunket på oppfordring. Også kom de til den erkjennelsen at det er ikke der likevel. Det er nok det vanligste, men det hender jo også at vi ser det lenge før dem. Og at vi må gi dem tida.

Pårørende ønsker ikke å avslutte, men behandler ønsker det

Sykepleier: Det har hendt her på intensiven, at pårørende kan være veldig splittet, ikke sant? Det kan være ei kone som øhm, absolutt ikke ønsker at vi skal avslutte, mens barna er voksne og ser at dette ikke går. Ja. Da kan det bli konflikter innen familien, ikke sant? Og med også behandlere. Da har vi jo den kliniske komiteen, her på sykehuset. Har dere snakket med dem?

Student 1: Nei.

Sykepleier: Klinisk Etisk Komité (hun nevner flere navn innad i komiteen). Så da kan vi jo legge casen til dem og få råd i fra dem. Vi kan jo også sende case eller epikrise av pasient til et annet sykehus, for å få dem til å vurdere. Det har og skjedd her. Men det er, det er kjempe, det er det aller vanskeligste vi sliter med, hvis slike ting oppstår. Heldigvis er det ekstremt sjeldent.

Student 1: Ja.

Sykepleier: Men det er klart vi vil jo ikke gjøre noe som pårørende altså opplever at vi tar livet av. Det er jo det de føler da. De føler faktisk at vi tar livet av deres, og det må jo aldri skje. At de kan få en så sann følelse. Det må aldri skje. Men det som jeg opplever er at de kan steile og gå i vranglås til å begynne med, at dette får dere ikke lov til, og selvfølgelig skal dere fortsette behandling, og så får de tiden på seg, da kanskje noen dager på seg, så ser de jo det, det er jo ikke liv laga.

Vi har jo disse her kjempedårlige pustepasientene som har elendig, masse emfysem eller fibrose, langtkommen KOLS, ikke sant? Som vi aldri får av respirator. Det er jo helt forferdelig synds jeg å se dem. De er klar og våken, men de kommer seg aldri av respiratoren. Og de kan ikke dra hjem fordi de er så gammel, de har ingen som kan ta seg av, da dør dem. Så vondt er det. Ja, det skjer dessverre. Derfor tenker jeg ennå en gang at dette temaet dere har

valgt, det er et flott tema, men et vanskelig tema. Det er et kjempevanskelig tema, for dere som går grunnutdanningen, men det er supert at dere gjør dette her, det er det. Men det er, jeg tror nok at det kan være mange slike sjokkopplevelser dere får. Jeg husker godt første gangen jeg var med på en avslutning, og da var jeg fersk som sykepleier og var her oppe. Og vi hadde en mann som hadde langtkommen KOLS, og han var over 80 år, og vi hadde prøvd med respiratoravvenning i lang lang tid. Og det gikk ikke, han klarte seg ikke uten respirator, jeg hadde han oppe i stol, vi pratet med han, han skrev alt til meg, også kom det at nå skal vi avslutte. Det er ikke mulig tenkte jeg, jeg snakker jo med han, men dessverre så er det sånn. Det er veldig hardt, sånn når du står der nyutdannet og har lært at du skal berge liv. Ja.

Student 1: Ja det høres ut som en veldig tøff situasjon.

Sykepleier: Ja det er det. Noen sykdommer er dessverre slik at de ikke er til å leve videre med. Det er det.

Student 1: Var det noen flere punkter under der?

Student 2: Har vi egentlig ikke gått igjennom de?

Student 1: Jeg tenkte litt på det her med pårørende som en ressurs eller en belastning? Føler du noen gang at de kan være i veien inne på, her inne på, at de blir i veien for behandlingen? Eller at de er for i det? At de ikke er, at de ikke er...

Sykepleier: Ja der er selvfølgelig mange pårørende som oppleves slik, at de legger seg borti det vi gjør og det er jo naturlig det. Det ville sikkert vi også ha gjort hvis det var vår sønn eller mor eller, men som regel syns jeg at de har veldig respekt for det vi sier og det vi gjør. Og har forståelse for det her at enkelte ting kan de ikke være med på, men det meste lar vi de få lov til å være med på. Når vi får pasienter og pårørende, så gir vi jo denne informasjonsbrosjyren, men det er utrolig hvor lite de klarer å lese og få med seg. Derfor gjentar vi informasjonen. ”Dere må ringe på, dere må ikke bare storme inn, her er andre pasienter”. Det her med at når vi har visitter, når vi har rapporter skal de liksom gå ut, og det er ikke på grunn av at de ikke kan få høre om deres mann eller datter, men det er jo for de andre. Akkurat slike ting kan være vanskelig for enkelte. Det der å slite seg løs og gå i fra, eh, ja pasienten, der prøver vi jo bare å legge mest mulig til rette, slik at de kan få komme raskt inn igjen, men det er klart sånn, vi mennesker vi er jo forskjellige. Noen er mer pågående enn andre, sånn er det jo. Det er jo bare en utfordring.

Student 1: Jeg tenker litt på det er med hvis man har pasienter som ikke har pårørende, også har du dem som har pårørende. Vil det være en, altså en, jeg ser jo for meg at det kanskje er en ressurs at pasienten har pårørende som er sammen, men jeg ville jo syntes det var veldig tungt hvis de ikke hadde noen.

Sykepleier: Akkurat det, så syns jeg ofte synd i pasienten når de ikke har pårørende. For vår del så. Det kan jo være en ressurs, vi er jo tilstede for å hjelpe dem også. Mange ganger kan det bli, ikke en belastning, men det blir merarbeid. Man skal jo ikke tenke at man skal ha det enklest mulig. Det er ikke slik det er. Så lenge det er en ressurs for pasienten, så er det vår plikt og vår jobb å stille opp for også dem. Det er det, sånn sett er det enklest der det ikke er noen. Dessverre.

Student 1: Åja, så du syns at det er enklere når det ikke er pårørende?

Sykepleier: Dessverre altså, så kan det være det, på grunn av at våre pasienter ligger jo gjerne bevisstløs, på pustemaskin. Det er ikke så mye prat, noen hvis de har veldig behov for at det skal sitte noen, at hvis de er våken og ønsker den tryggheten, så kan det jo være veldig fint. Men det er vår jobb at der også er pårørende. Og, så det skulle bare mangle. De har jo krav på det. Men sånn isolert sett så kan det være enklest der det ikke er noen. Det er ingen som legger seg borti hva du gjør ikke sant? Ingen som stiller spørsmål, men det er jo bare en utfordring. Ja.

Student 1: Jeg tenkte mer, eller kanskje er det bare meg, men at jeg synes synd i pasienten som ikke har pårørende.

Sykepleier: Det er jeg helt enig med deg i. Det er veldig sårt. Spesielt i den avsluttende fasen, hvis det ikke er noen der. Det synes jeg er kjempe trist og tenke på. Da bruker jeg alltid å si det, når den som avslutter ikke har barn eller kone, altså når kone er død og de hadde ingen barn, hvor trist er det ikke da? Men da må vi kanskje være enda mer flink å være tilstede for pasienten, og at de som kanskje har hatt han hele tiden er med på det siste.

4 Utfordringer ved å gi omsorg og oppmerksomhet til pårørende?

Student 2: Ja, da går vi videre til neste spørsmål. Ehm, utfordringer ved å gi omsorg og oppmerksomhet til pårørende. I forhold til liksom å kunne oppnå en kontakt med dem, og

tilfredsstille de behovene de har. Og det å formidle håp eller at de bevarer det håpet de har. Eventuelt hvordan ser du på det?

Formidle håp, la pårørende bevare håpet

Sykepleier: Dette her med håp, det syns jeg de aller fleste pårørende har. De bruker å si at selv om det ser mørkt ut, så har de et håp. Og da bruker jeg å si at det kan vi aldri ta i fra dem. Og det skal vi ikke ta ifra dem. Selv om vi må realitetsorientere dem, så er det alltid lov og ha et håp. Og håpet er jo kjempe viktig, og mange ber. Mange søker andre tjenester for å kunne holde på håpet. Og det er fullt akseptert, det er det. Det er ingen som skal ta i fra dem håpet. Det er kjempeviktig.

Behov

Sykepleier: Og det her med å gi oppmerksomhet og omsorg, det er jo først syns jeg det her med å gi dem trygghet og tillit. Det at de har tillit til oss, som behandlere og hjelpere, det er veldig viktig. Det er det at de føler seg trygg på at deres pårørende blir ivaretatt, at de får en behandling, og at vi som helsepersonell kan våre saker. Og at vi samtidig ser den pårørende, det er jo kjempe viktig, det er det. Jeg tror jo også at vi får ikke gitt omsorg hvis ikke pårørende har tillit til deg. Det er det første du må legge til grunn, det er at de kan ha en tillit til deg og vise at du bryr deg. At du tar vare på den de er glad i, gir de den behandlinga og omsorgen de skal ha. Det tror jeg er kjempe viktig. Da kommer gjerne det her med kommunikasjon, og spørre om det er spesielle behov, om de er engstelig? Om de trenger noe å sove på? Så kan de få hjelp hos oss til det og. Mat og drikke har vi veldig lite av, men vi hjelper dem hvis vi kan. Vi har kaffe og vi har som regel en brødiskive. Vi har lite plass til dem å bo dessverre, veldig lite plass. Så det er gjerne å sende dem på et hotellrom hvis de ikke er fra byen, eller hvis de ikke har noen her. Ehm, ja. Det som er mange ganger vanskelig er hvis de kommer alene og skal dra på et hotellrom, så liksom ja. Så vet de jo det at de kan komme og gå så ofte de vil, foruten om når det er visitt, de kan ringe døgnet rundt. Det er vi jo åpen for bestandig. Det er vi.

Men jeg syns pårørende som oftest har håp selv, uansett altså eh. Øh, de er ikke håpløse. De er ikke det. Helt til de må bare innse at det er over. Ja, da senker de gjerne skuldrene og ja, da nytter ikke håp, det gikk som det gikk.

Student 1: Skal vi kanskje ta neste punkt? Hvor er det? Eh, jeg føler at det var godt besvart. Skal vi ta siste?

Student 2: Ja gå videre.

5 Tilrettelegging for sorgreaksjon hos pårørende

Student 1: Tilrettelegging for sorgreaksjon til pårørende. Vet ikke hvordan dere, altså, folk har jo veldig forskjellige sorgreaksjoner, og du var litt inne på det.

Sykepleier: Ja, jeg var litt inne på det. Der noen er lei seg, apatisk, men de må jo få reagere sånn som de vil.

Utfordringer

Sykepleier: Vi har på intensiv salen, så er det veldig åpent, så hvis nå noen begynner å rope og skrike, så må man prøve å ta dem ut derifra. Altså, det er mange fysiske begrensninger hos oss. Men som regel kan vi flytte dem over på et enkeltrom her, også la dem få være sammen der. Og da kan de få reagere som de... Vi spør alltid om de ønsker om vi skal være sammen med dem, vil de være alene? De får tilbud, og de får lov å være stort sett her så lenge de vil. Altså, vi kan ikke la dem være her i flere døgn, men i mange timer. Og vi kan jo også tilrettelegge slik at de får komme på bårerommet, og eh ja, tar med seg flere. Det er mange ganger slik at de har sagt farvel, men så angrrer de. Også vil de enda en gang tilbake, og som regel går det bare bra. Det gjør det. Det gjør det, men det her med fysisk kapasitet ikke sant, det sliter vi med, for vi har liten plass. Og det egner seg ikke å rope og skrike på intensiv salen, for der er det mange pasienter og mange andre pårørende. Så vi må jo mange ganger skjerme dem fra slike ting.

Sykepleier: Men vi legger til rette for at de får være sammen og får, og vil de ha prest da så får de lov til det. Ja, og vil de ha noen fra et annet trossamfunn så får de lov til det. Vil de ha private sanger, klær eller seremonier, så får de selvfølgelig lov til det.

Student 1: Jeg tenker, sånn som du som er erfaren intensivsykepleier, blir det enklere med årene å møte pårørende? Jeg tenker jo for meg, som ikke er ferdigutdannet ennå, så syns jeg de opplevelsene jeg har hatt, at det er så vanskelig å møte pårørende, man vet ikke helt

hvordan man kan ta imot de. Hadde det vært dine egne kunne man gitt dem en klem og, ja, det er liksom det å finne balansen.

Sykepleier: Å finne dine grenser. Hvor går grensen til de pårørende du skal ta imot? Men det blir, ikke tvil om, enklere med tida. Og de aller fleste tåler å få en klem eller et klapp på skulderen, men man må føle seg frem. For man har jo forskjellig integritet, ikke sant? Så det må man jo bare... få lov.. og det, de må få være seg selv. Det tror jeg er det aller viktigste, å tolerere, ha en stor toleransegrense, men det å møte pårørende det blir bedre med årene. Ikke tvil om. Jeg har mange slike minner fra første tiden min som sykepleier som jeg syns var nifse og grusomme, og vondt. Jeg tok det mye mer med meg hjem enn det jeg gjør nå. Så det lærer man seg. Og det er den veien du går, ikke tvil om det.

Hurtig sykdomsforløp

Student 1: Ja, også var det tilrettelegging ved et hurtig sykdomsforløp. At, eh, hvordan det er da med pårørende. De, kan det være at de har en mer voldsom reaksjon?

Sykepleier: Ja ja, som regel vil det være mer sjokkartet da. Hvis det er en trafikkulykke der de dør.. på operasjonsbordet, eller... så er det mye mer sjokk og apati. Det kan være at de ikke tror det er sant. At du må bruke lang tid på å få det til å synke inn.

Student 2: Har dere noen spesielle rutiner på slike ting? Om de har, får mer informasjon eller at de har spesielle de kan henvende seg til?

Sykepleier: Henvende seg til, ja eneste er hvis det er katastrofe her på sykehuset, at blir slik katastrofeteam, da har de, mener jeg, egne folk som kan ta seg av pårørende. Men hvis det bare er et enkelt tilfelle så er det jo vi som gjør det. Det er det, og da kan vi jo kontakte prest eller sosionom, eller ja, det gjør vi jo ofte. Prest kommer inn da veldig kjapt, om de ikke er personlig kristen, så kan det være godt å snakke med en prest for det, som har opplevd sorg og kriser og sjokkreaksjoner. Slike ting. Jeg syns jo, klart at der er det mer sinne, det er jo ikke noe, altså masse frustrasjon når det skjer sånn, veldig alvorlige ulykker. Og da kan det jo også gjerne være unge mennesker, og da er det jo mye verre. Det er ikke tvil om det. Om det er en 20-åring eller om det er en 90-åring, det er forskjell. Vi skal alle dø, men det er ikke meningen at man i 20-årene dør i en trafikkulykke eller noe annet. En 90-åring som kanskje har vært plaget, han har jo trossalt fått levd et langt liv, selv om det er kjempe trist. Men det er ikke tvil om, det er stor forskjell, på et hurtig og sånn der man har vendt seg til tanken over tid. Det er det.

Student 1: Det siste er tilbud om å snakke med prest, men det har du jo nevnt.

Sykepleier: Ja, det gjør vi jo tidlig. Både underveis og etterpå. Det gjør vi. Det er jo ikke alltid prest, det kan være, eh.. ja... i muslimske samfunn så er det jo andre, og i buddhistiske så er det andre. Så vi må jo være åpen for det og.

Student 1: Men vet dere da hvem dere skal kontakte?

Sykepleier: Ja, jada, da er de gjerne oppskrevet i journalen hvordan trossamfunn de hører til, hvem vi skal kontakte. Ellers så kan vi også ringe ned på.. eh.. jeg tror de har det på, i informasjon. Og gjerne også med tolk, arabere og de snakker verken norsk eller engelsk, tysk. Da må vi jo kontakte tolk for å..

Student 1: Det må jo være en virkelig stor utfordring.

Sykepleier: Jada, eh, tolk det er veldig vanlig nå til dags. Vi har jo veldig mange som ikke kan norsk. Og de kommer veldig fort. Vi ring informasjonen og får kontakt med tolketjenesten.

Student 1: Nei det var de spørsmålene vi hadde.

Sykepleier: de har gått litt sånn i hverandre, så jeg leste bare de her i går kveld da jeg kom av jobb seint. Og tenkte det her får jeg ikke tid å forberede meg på.

Student 1: De går litt i hverandre.

Sykepleier: Ja de går litt i hverandre, så der, da, men da jeg leste disse spørsmålene så tenkte jeg at det her sånn typisk tegn på en hjerterstanspasient som er kommet inn. Men det er jo, det her med omsorg til døende det er jo i veldig mange forskjellige kategorier. Det er det jo. Det er, dere skal.. akutt kritisk pasient dere har begrenset dere til det?

Student 1: Ja, vi skriver ut ifra eksemplet til student 2.

Sykepleier: Eh, ja det er jo lurt. Kjempe lurt. Det er det.

Student 1: Du får nå ha tusen takk for at du svarte.

Sykepleier: Ja, vær så god!